

Mujeres, sexualidad y políticas de Estado

Por Ana Laura Abelenda

Resumen

El presente artículo busca, desde una perspectiva feminista, dar cuenta de la construcción social de los géneros y en particular de la función social establecida para las mujeres a lo largo de la historia. A partir de analizar las transformaciones en los imaginarios sociales entorno a la sexualidad y la maternidad (a lo largo del tiempo y de las necesidades del sistema capitalista), el análisis pasará a pensar las medidas de control de la sexualidad poblacional a nivel estatal; para finalmente observar las tendencias históricas del país y el estado de situación actual, dando cuenta tanto de los grandes avances normativos en cuanto a la salud sexual y reproductiva a comienzos del siglo XXI (en materia de parto respetado, salud sexual y reproductiva y educación sexual integral) como también la ausencia aún hoy de un derecho fundamental para la salud de las mujeres: el aborto legal, seguro y gratuito.

Palabras Clave

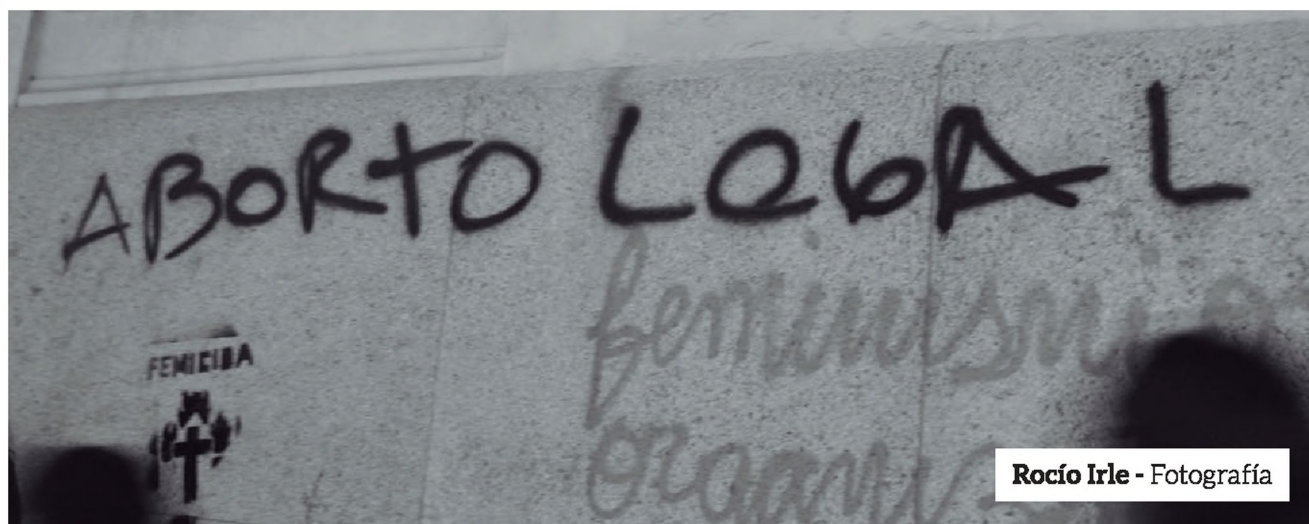
Mujeres; Salud Sexual y Reproductiva; Aborto; Estado

Cuerpo de mujer, relato de varón

Cada sociedad, en un momento histórico determinado, define roles, funciones, afectos y estereotipos particulares que se asignan a los sujetos al nacer en función de su sexo biológico. Eso es el género, una construcción social, histórica y cultural, que se establece sobre cuerpos biológicos mediante las instituciones de socialización temprana.

Según García Canal (1997) la diferencia genérica es un a priori histórico-cultural, que utiliza la excusa de anclarse en un dato biológico y anatómico para legitimarse como "natural", pero en realidad es un registro que no podría existir por fuera del orden simbólico. Lo simbólico (resultado del continuo de los sujetos y su cotidiano) se inscribe concretamente en las prácticas, los sentires y los cuerpos individuales. Así mismo, las jerarquías que hoy existen entre los géneros¹ también son resultado de construcciones históricas y culturales, ancladas en mecanismos políticos y económicos.

¹Cuando hablo de géneros entiendo que existe un amplio espectro de géneros por fuera de la lógica binaria (hombrer-mujer), pero en este artículo analizaré únicamente la relación entre el género femenino y el masculino, considerando que el análisis de los géneros disidentes requiere un complejo estudio particularizado.



Rocío Irle - Fotografía

Para poder entender los géneros y su entramado complejo en la sociedad es necesario sacarlos del orden de la naturaleza, desnaturalizándolos e historizándolos.

Ana María Fernández (1993) realiza un recorrido histórico que da cuenta de cómo desde el mundo Egipto hasta la modernidad (pasando por la antigua Grecia, Platón, Aristóteles y Galeno) la pregunta acerca del ser humano, del cuerpo y de la sexualidad, se realizó siempre en función del hombre (escrita por puños masculinos), estableciendo de esta manera a lo masculino como patrón y a lo femenino como su réplica imperfecta.

En su análisis, la autora da cuenta de cómo desde la antigüedad y a lo largo de la Edad Media, la filosofía y la ciencia (campos negados a las mujeres), analizaron los cuerpos en función del patrón masculino, asociando las dolencias y las particularidades de los cuerpos con útero a defectos de su inferioridad o incluso a caracteres diabólicos. La "histeria" fue conceptualizada por siglos como el mal que provoca el "útero migrante", que al moverse de manera incontrolable dentro del cuerpo de la mujer le generaba malestares. En Europa, durante el mundo medieval, la sexualidad femenina se asoció a lo irracional, lo salvaje y lo diabólico, responsabilizando a las mujeres de la perdición del hombre por ser portadoras de un deseo insaciable.

En este contexto, se llamaba brujas a aquellas mujeres que presentaban rasgos distintos a las "buenas mujeres": eran pobres, provenían del medio rural y estaban por fuera del sistema de alianzas matrimoniales. Estas mujeres, organizadas en aquelarre, desafiaban el lugar socialmente asignado a la mujer: vivían su vida sexual por fuera del matrimonio, tenían una inserción productiva por fuera de la vida doméstica familiar, y sus ocupaciones como magas, parteras y sanadoras las hacían poseedoras de importantes conocimientos de hierbas, traumatología y obstetricia, transmitidos de generación en generación, convirtiéndolas en las encargadas de la salud de los sectores populares y particularmente de la salud sexual de las mujeres.

A partir del siglo XIII, la Iglesia comienza a hegemonizar para sus hombres de las clases altas el ejercicio de la medicina y las brujas (junto con los sanadores moros y judíos) pasan a ser perseguidas y asesinadas en el sexocidio que implicó la Caza de Brujas, que transitó durante cuatro siglos por Europa y sus colonias² (Fernández, A.M.; 1993);

El despojo de la sabiduría sobre el propio cuerpo dio

lugar a que el ejercicio de la medicina pasara a ser monopolizado por la iglesia, retomando en sus análisis acerca del cuerpo de la mujer y de la salud femenina las ideas platónico-aristotélicas que hacían una equivalencia de la mujer como "hombre fallado". Bajo una "episteme de lo mismo", la filosofía y la ciencia moderna establecieron patrones pretendidamente universales para analizar a los hombres, fundándose en un principio ordenador que consiste en la exclusión, la segregación y la jerarquización inferiorizante de la alteridad (Fernández, A.M 1993). A partir de los siglos XVIII y XIX las mujeres y los niños se transforman en pacientes de los médicos y aunque con el paso del tiempo el ejercicio de la medicina se fue laicizando, el control de los cuerpos quedó en manos de los médicos blancos de clase alta, quienes definieron cómo nombrar los cuerpos de mujer y cómo analizar y medicalizar sus procesos, negando cualquier tipo de participación de las mujeres en la construcción de este conocimiento. Uno de los ejemplos más claros de esto es analizar la historia de la ginecología: muchos de los conocimientos que aún hoy se encuentran en los libros médicos de esta especialidad provienen del "padre de la ginecología" James Marion Sims, quien en el siglo XIX realizó sus estudios con mujeres esclavas, inmigrantes y pobres, operándolas múltiples veces sin su consentimiento y sin ningún tipo de anestesia. Esta violencia queda plasmada simbólicamente hasta hoy en día en los cuerpos de las mujeres, cuyos órganos fueron bautizadas con los apellidos de los "hombres de ciencia" que las "descubrieron" (como las "trompas de Fallopio" o las "Glándulas de Bartolino" y "Glándulas de Skene") y en el gran desconocimiento que existe a nivel poblacional acerca de la sexualidad femenina, especialmente cuando ésta no es analizada en función de la reproducción (el primer estudio completo sobre la anatomía del clítoris, órgano cuyo única función es la de dar placer a la mujer, se realizó hace tan sólo 30 años³).

²Esta historia, si bien tiene su centro en tierras lejanas a nuestro territorio, tuvo incidencias directas en las prácticas coloniales en América Latina, así como también en los fundamentos de los Estados nación de nuestro continente, basados en el eurocentrismo y el desprestigio y aniquilamiento de los saberes de los pueblos originarios.

³ Acerca de esto, Ana María Fernández (1993) propone pensar que, si bien "La cultura musulmana, ante la amenaza de autonomía erótica de las mujeres, instituye prácticas rituales de mutilación clitorídea, la cultura occidental obtiene similares

Sexualidad, Estado y políticas de población

Además, la medicina tomó el control de los procesos fisiológicos naturales reconceptualizándolos casi como enfermedades dignas de medicalizar (el ciclo menstrual, los partos, los abortos), mediante prácticas muy alejadas de la promoción del autoconocimiento y el autocuidado.

Junto con el despojo en la sabiduría y el control del propio cuerpo, en la transición entre la Edad Media y la Modernidad existe un pasaje en las significaciones sociales imaginarias de la sexualidad femenina: se pasa de una representación asociada a lo diabólico y al deseo insaciable a una nueva representación de lo femenino como pasivo, frígido y desganado. Esta representación está directamente vinculada a las necesidades del sistema socioeconómico naciente: establecer un tipo de persona dispuesta a afrontar las necesidades del capitalismo emergente, asegurando la reproducción de la fuerza de trabajo.

Con el surgimiento de la sociedad industrial, se termina de delinear un nuevo discurso acerca de la imagen de la mujer: frágil, emotiva, dependiente y predestinada a la maternidad⁴. La sexualidad femenina pasa a estar anclada a la familia conyugal y se generan cambios en las estrategias de crianza y educación de los hijos, promoviendo (desde los Estados y los médicos) el cuidado y el amamantamiento maternos. La familia nuclear monogámica y heterosexual se establece como centro del dispositivo de la sexualidad de la época.

Si bien este dispositivo ha tenido algunas rupturas (especialmente a partir de la década de 1960), aún hoy muchos de sus mandatos se reproducen prácticamente intactos en amplios sectores de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos", a su vez, establece el derecho a la planificación familiar como "un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país".

Cuando se habla del acceso a la salud sexual y reproductiva a nivel poblacional es necesario tener en cuenta las políticas de regulación de la fecundidad que se dan social y estatalmente en cada periodo histórico. Según Bankirer (2012) a partir de la instauración de los Estados-nación modernos existen dos grandes periodos en el análisis de la regulación de la fecundidad. En primer lugar un periodo que va desde 1890 a 1960, en el cual comenzaron a difundirse comportamientos conscientes, premeditados y efectivos para restringir el número de nacimientos: a fines del siglo XIX mediante métodos como la abstinencia sexual durante el periodo ovulatorio y a comienzos del siglo XX con la incorporación de diversas técnicas como la prolongación del amamantamiento, el preservativo, los diafragmas y algunas esterilizaciones. Después de 1960 comienza el segundo periodo, vinculado a la nueva revolución anticon-

efectos por medio de estrategias y dispositivos que no por simbólicos son menos violentos". "Para las mujeres occidentales se ha inventado una anatomía imaginaria castrada. (...) Una significación imaginaria colectiva que actúa como organizador de sentido y logra, al igual que el cuchillo del ritual musulmán, que muchas mujeres occidentales actúen, piensen y sientan como si no tuvieran clítoris" (Fernández, A. M.; 1993; Pag. 73)

⁴Si bien este discurso se establece como hegemónico, es llevado a la práctica sólo por un sector de las mujeres de la época: mientras las mujeres de las clases altas son confinadas en el ámbito privado familiar, las mujeres y niños pobres entran a trabajar en las fábricas de la incipiente industrialización, bajo

pésimas condiciones de vida, de trabajo y de salario.

⁵Si bien desde su creación las píldoras anticonceptivas abrieron un horizonte en la planificación familiar y la independencia femenina frente al mandato de la maternidad obligatoria, es necesario pensar en perspectiva histórica los efectos de este método. En primer lugar, el acceso a este derecho estuvo ligado por mucho tiempo a los sectores de mayor nivel adquisitivo, siendo una constante histórica la falta de acceso a métodos anticonceptivos de las mujeres de los sectores pobres. Años después, se produjo una masividad en el acceso a la pastilla anticonceptiva, vinculada principalmente a la injerencia de la industria farmacológica; pero esta masividad, lejos de velar por

ceptiva que genera la propagación del Dispositivo Intrauterino (DIU) y la píldora anticonceptiva⁵. Paralelamente a ambos periodos, y a pesar de la reprobación de la Iglesia Católica, el Estado y la comunidad médica, el aborto constituyó un procedimiento habitual de regulación de la fecundidad en todos los estratos sociales. Los cambios en la fecundidad poblacional que se dieron a partir de la década del 60' también estuvieron influenciados por un conjunto de importantes transformaciones en la situación social de la mujer y las relaciones entre los géneros, entre ellos la ampliación de la matrícula escolar femenina (incluso en el ámbito universitario) y la masiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, ocupando puestos de trabajo que permitieron el desarrollo de una carrera ocupacional. Ambos accesos permitieron un aumento en la autonomía de las mujeres, otorgando nuevos proyectos de vida que disminuyeron el interés reproductivo (Torrado, Susana; 2014). Además, la revolución sexual de los 60' fue un puntapié en la apertura hacia la libertad sexual, permitiendo la visibilización y multiplicación de personas que viven su sexualidad por fuera de las lógicas de la heteronormatividad, la monogamia y la vida matrimonial. Todas estas transformaciones sociales permitieron la ruptura de muchos de los mitos modernos en torno a la sexualidad femenina, aunque aún hoy en día la presencia de discursos morales y católicos sigue teniendo gran injerencia en los imaginarios sociales.



la atención consciente de la propia salud, promovió (y promueve hasta hoy en día) un acceso indiscriminado a suministros hormonales, llegando al punto de prescribir pastillas anticonceptivas durante periodos cada vez más prolongados y ante cualquier "síntoma" de ser mujer (dolor menstrual, falta de menstruación, irregularidades, "prevención"), muchas veces incluso desde antes de tener relaciones sexuales.

El poder simbólico y material que ejerce la "sabiduría médica" sumado a la falta de información acerca de los ciclos sexuales de las mujeres y los efectos de la alteración hormonal (alteraciones en el estado anímico y el deseo sexual, posibles daños a la salud de los órganos, entre otros), generan que masivamente las

mujeres sigamos alejándonos del autoconocimiento y autocuidado de los cuerpos.

Esta lógica, lejos de promover nuestra salud sexual y reproductiva, genera un total desapego con el propio cuerpo y la negación de los procesos biológicos, que va de la mano con las necesidades actuales del mercado, donde la prioridad es regular todos los ciclos corporales en función del ritmo de vida capitalista (no sentir dolor, no disminuir la productividad, no demostrar frente al resto de la sociedad los cambios en el cuerpo ni los procesos propios del ciclo menstrual); demostrando nuevamente la tendencia de la lógica médica, patriarcal y capitalista, que continúa hasta la actualidad.

Salud sexual y reproductiva en Argentina durante el siglo XX

Argentina es un país con una larga tradición pronatalista, es decir, que ha generado políticas en función de aumentar el crecimiento de su población mediante el estímulo de los nacimientos, buscando frenar la denatalidad provocada, por ejemplo, por el infanticidio, el aborto o la anticoncepción, bajo una perspectiva que establece a las mujeres como reproductoras biológicas (Acosta, María Teresa; 2014).

Esta tendencia no sólo se debe a un interés por el crecimiento poblacional sino también a la fuerte incidencia que tuvo (y aún hoy tiene) la Iglesia Católica y la moral cristiana en las decisiones estatales y en el dispositivo médico, juzgando y controlando la sexualidad de la población.

A lo largo de la historia argentina, en el campo de las ideas y de la normativa sobre natalidad existió unanimidad en la argumentación pronatalista y/o en contra de la planificación familiar, políticas que lejos de promover la salud de la población, obstaculizaron el acceso a la salud sexual y reproductiva, poniendo en peligro la vida de las mujeres y especialmente de las mujeres pobres (Torrado, Susana; 2004).

En 1974 se sanciona la primer medida coercitiva explícita con respecto al derecho individual de regulación de la fertilidad, el decreto 659/74 dispuso el control de la comercialización y venta de productos anticonceptivos y la prohibición del desarrollo de actividades relacionadas directa o indirectamente con el control de la natalidad. Esta disposición tuvo un efecto directo en los sectores sociales más pobres, ya que mientras los métodos anticonceptivos no dejaron de ser vendidos de manera privada, se impidió la prestación de servicios de planificación familiar en hospitales públicos y obras sociales.

En 1977, la Junta Militar promulga el Decreto 3.938 "Objetivos y Políticas nacionales de población", el cual afirmaba que: "el bajo crecimiento demográfico y la distorsionada distribución geográfica de la población constituyen obstáculos para la realización plena de la Nación", y en función de esto reforzaba los obstáculos coercitivos a la planificación familiar.

Con el retorno de la democracia se multiplican los movimientos sociales (reprimidos durante la dictadura) que llevan como bandera la planificación familiar, entendida como un "derecho reproductivo". Recién en el año 1987 es derogado el decreto 659/74, pero no se escribe ninguna norma que regule los servicios de

planificación familiar en el sector público; y luego la década del 90', con su fuerte avanzada neoliberal, frenó cualquier tipo de avance en la legislación y en la práctica de la salud sexual y reproductiva.

Todas estas políticas provocaron un comportamiento sexual y reproductivo diferencial según la posición social de la población, donde la mejor condición social está directamente vinculada al mayor conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos; mientras que amplios sectores de la población (especialmente medios y bajos) siguen marginados respecto a la obtención de métodos anticonceptivos eficaces.

Cambio de paradigma

A partir del año 2003 existe un cambio de paradigma en cuanto a las políticas de atención a la salud sexual y reproductiva de la población y al rol que estas políticas definen para las mujeres; permitiendo por un lado pensar la sexualidad desanclada de la maternidad, y por el otro promoviendo normativas que respeten los cuerpos y decisiones de las mujeres que elijan ser madres.

En este mismo año se promulgó la Ley 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cual establece entre sus objetivos: brindar a toda la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable y garantizar el acceso a la información necesaria para la libre elección de métodos anticonceptivos y de planificación familiar y el acceso libre y gratuito a dichos métodos. Este programa también define como objetivo potenciar la participación femenina en las decisiones acerca de su salud sexual, disminuir la morbilidad materna-infantil y contribuir a la prevención, detección precoz y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

En el año 2004 se promulgó la Ley Nacional 25.929, de Parto Respetado (con aplicación tanto en el ámbito público como privado). Esta normativa establece derechos para la mujer gestante, en trabajo de parto, parto y postparto; para la persona recién nacida y para la pareja. Entre ellos, el acceso continuo a la

información sobre todas las intervenciones médicas que se realicen (sobre el cuerpo de la mujer y del/de la bebé) y a la posibilidad de libre elección cuando existan alternativas. El derecho al trato respetuoso y personalizado (tanto con la madre como con el/la bebé); al parto natural, respetando tiempos biológicos y psicológicos y a que la madre cuente con la compañía de una persona de su confianza y elección en todo momento, entre otros derechos.

Por otra parte, en el año 2006 es sancionada la Ley 26.130, de anticoncepción quirúrgica. Esta ley establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a realizarse una ligadura de trompas uterinas o una vasectomía⁶, dependiendo de su sexo, de manera gratuita en los establecimientos del sistema público de salud nacionales; siendo el único requisito el consentimiento informado de la persona que se realice la intervención, sin necesidad de consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial.

Por último, también en el año 2006 se promulgó la Ley 26.150, Programa Nacional de Educación Sexual Integral; el cual establece que todos y todas los y las estudiantes del país (concurran a establecimientos educativos públicos o privados) tienen derecho desde el nivel inicial hasta el nivel superior a recibir educación sexual integral, que articule aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Si bien este cambio de paradigma muestra un gran avance en cuanto a lo normativo, la materialización de estos avances legales suele verse obstaculizada en la práctica.

En primer lugar, por la falta de recursos económicos y de políticas públicas destinadas a cumplir con el efectivo acceso a la salud integral de la población; esto afecta tanto a los y las profesionales que trabajan en precarias condiciones salariales, contractua-

les y edilicias, sin insumos ni recursos; como a la población en general, en particular de los sectores populares, que vive en pésimas condiciones de vivienda, medio ambiente y/o empleo (entre otros), obstaculizando el cumplimiento efectivo de su derecho a la salud integral.

Por otro lado, muchas veces las normativas tampoco llegan a cumplirse por las prácticas profesionales, individuales o institucionales (especialmente en establecimientos de salud y educativos), que reproducen intervenciones propias de otro tiempo, brindando información sesgada, negándose a realizar ciertas prácticas y deslegitimando las elecciones de la población⁷.

Una gran deuda pendiente

Más allá del cambio de paradigma antes mencionado, existe un derecho, un reclamo histórico del movimiento de mujeres, que sigue sin encontrar respuesta: el acceso al aborto legal, seguro y gratuito⁸.

En la actualidad rige en torno a este tema la normativa dispuesta en 1894 en el Código Penal Argentino, que establece (entre sus artículos 85 y 88) la punibilidad del aborto y otorga penas a la mujer "que causase su propio aborto o consistiere en que otro se lo causase", a quien "con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo" y a los "médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o

⁶Más de diez años después de la sanción de esta Ley, un rápido el balance de los resultados de esta normativa sigue dando cuenta de la desigualdad de género, la construcción social de la mujer como responsable del control de la fecundidad, la falta información y los prejuicios (tanto de la población como de los servicios de salud).

Mientras existe un número creciente de mujeres que solicitan la intervención quirúrgica (una operación que exige anestesia total y una internación de por lo menos dos días), el nivel de

hombres que solicitan una vasectomía es muy escaso, siendo en este caso una intervención con anestesia local, sin posoperatorio y con mayor facilidad de revertir que la ligadura de trompas uterinas.

⁷Un ejemplo de esto es la figura de "objeción de conciencia"; la cual muchas veces se usa como excusa para no cumplir con los deberes profesionales.

⁸Aclaro nuevamente que, en el marco de este artículo, cuando hablo del genérico "mujer" vinculado a las intervenciones

cooperaren a causarlo”, sufriendo además una inhabilitación por el doble tiempo de la condena. Este mismo Código Penal establece dos excepciones en los que podrían llevarse adelante abortos **no punibles**: “con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre” (siempre y cuando este peligro no puede ser evitado por otros medios) o “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”.

Estos artículos del Código Penal rigieron intactos hasta el año 2012. En dicho año, la Corte Suprema de Justicia realizó un fallo en el cual afirmaba su vigencia pero desarrollaba un poco más los casos en los que podrían realizarse abortos **no punibles**, aclarando que pueden realizarse cuando: el embarazo presenta un peligro para la vida de la mujer, cuando presenta un peligro para la salud de la mujer y cuando deviene de una violación (sea cual sea el estado de salud mental de la mujer), sin necesidad de autorización judicial previa.

Este fallo también impulsó a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos **no punibles** (inexistentes hasta esa la fecha), desarrollándose en el año 2015 el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Este Protocolo afirma que la interrupción del embarazo, cuando se encuadre en las causales previstas del sistema normativo, debe ser brindada por el sistema de salud público bajo conceptos de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles y autonomía en la decisión. Además establece la creación de Consejerías de Atención Pre y Post Aborto para brindar información sobre todas las posibles alternativas en la interrupción del embarazo y ofrecer anticoncepción post aborto.

Pasados ya dos años de la presentación del Protocolo, tan sólo ocho provincias del país han adherido a él:

Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego. En particular, la Provincia de Buenos Aires anuló su adhesión el año pasado, cuando la gobernadora Eugenia Vidal expresó que ya existe un protocolo provincial que actuaría de acuerdo a lo solicitado en el Fallo de la Suprema Corte de Justicia por lo que no haría falta adherirse al Protocolo Nacional.

El Protocolo ILE es una política totalmente insuficiente, el aborto sigue siendo **punible** en la mayoría de los casos y la falta de información acerca de la existencia de Consejerías de Atención Pre y Post aborto conduce a que se reproduzcan en simultáneo prácticas de abortos inseguros (para las mujeres de bajos recursos) y un mercado clandestino millonario entre la industria farmacológica y la corporación médica que lucra con la salud de las mujeres que tienen la posibilidad de pagarlo.

Pero según como se interprete su contenido, este Protocolo también puede ser una política que permite ciertos márgenes de autonomía relativa para las y los profesionales que procuren construir un verdadero acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, velando por la autonomía en las decisiones sobre el propio cuerpo y vida. Este margen se da en la interpretación de la causal salud como una de las razones de interrupción legal del embarazo. Si entendemos a la salud desde la definición de la OMS como el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” podemos llegar a una lectura integral de la salud, la cual no sólo habilita tener en cuenta factores físicos sino también sociales, psicológicos y económicos en su definición, reconociendo que las dificultades económicas para desarrollar una gestación y una crianza, y los efectos sobre la salud psicológica de la mujer que debe alterar su proyecto de vida en función de una decisión ajena, inciden directamente en su salud, entrando en el marco de la interrupción legal del embarazo.

médicas, me refiero a aquellos cuerpos con capacidad de gestar, pero no quisiera desconocer en este modismo que no sólo las mujeres cisgénero sufren estos atropellos, sino también los varones trans y todos los cuerpos con útero.



Rocío Irle - Fotografía

Cabe hacer aquí una aclaración, respecto a la figura de “médico objetor de conciencia” presente tanto en este Protocolo como en varias de las leyes antes mencionadas. Si bien esta figura debería ser siempre individual y jamás institucional, en muchos establecimientos todos/as sus médicos/as asumen esta figura, obstaculizando y demorando la atención.

Como mencionaba anteriormente, la prolongada historia de ausencia estatal al respecto de políticas de salud sexual y reproductiva, tiene como resultado el desconocimiento y la falta de acceso a métodos anticonceptivos en amplios sectores de la sociedad, especialmente los sectores medios y bajos. Esto produce un gran número de embarazos no deseados que muchas veces se traducen en abortos realizados de manera clandestina e insegura (Bankirer M.G.; 2010). Según el Protocolo ILE “la penalización del aborto que rige en numerosos países, lejos de disminuir la incidencia de la práctica, impide el acceso a procedimientos seguros, con lo cual se generan riesgos para la vida y salud de las mujeres”.

Hoy en día la punibilidad del aborto es la principal causante de que el índice de mortalidad materno infantil no disminuya, debido a la proporción de muertes por abortos. Según el Documento Temático Género y Discriminación del INADI (2012) en el 2006 alrededor del 30% de las muertes maternas se debieron a complicaciones en prácticas abortivas y esta tendencia se ha intensificado en los últimos años. Esta falta violenta especialmente a las mujeres de los sectores populares: en nuestro país, las estadísticas de mortalidad materna dan cuenta de mayores tasas en las provincias más pobres y con menor desarrollo económico (Torrado S.; 2004).

En Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazo por año (Mario y Pantelides, 2009); cifras que son estimativas ya que la clandestinidad de la práctica produce que el único dato existente sea el número de hospitalizaciones (en establecimientos públicos) por complicaciones durante el procedimiento, sin distinguir entre abortos producidos y espontáneos. Por su parte, las estadísticas brindadas por las Socorristas en Red dan cuenta del altísimo nivel de necesidad de abortos, que se corresponde año a año con una mayor solicitud de sus servicios (a medida que esta red se hace conocida y crece a lo largo y ancho del país). Entre el año 2014 y 2015 el nivel de acompañamiento de las socorristas llegó a triplicarse en algunas regiones del país, teniendo en 2015 un promedio de ocho acompañamientos informativos diarios a mujeres que quieren interrumpir su embarazo.

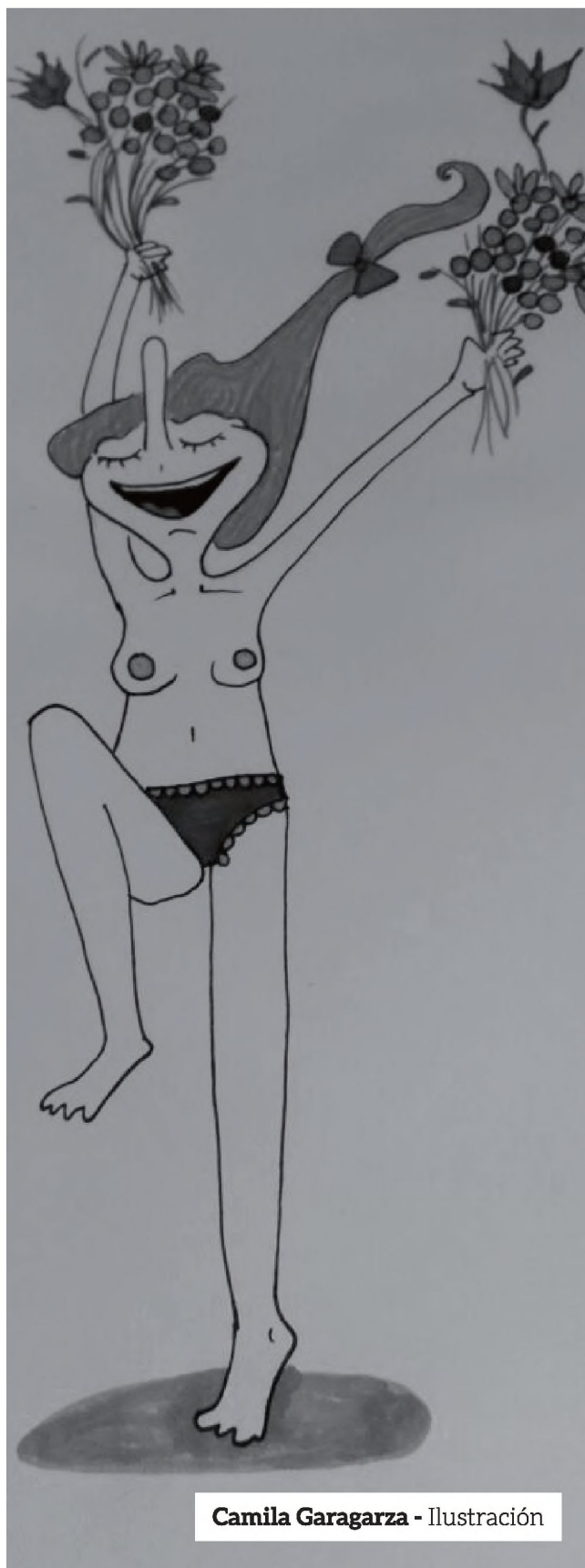
Este breve recorrido intenta dar cuenta de que la prohibición y penalización del aborto no puede

entenderse como una política aislada, sino que debe ser analizada en el marco de la historia patriarcal que nos atraviesa y que desde hace siglos interviene violentamente los cuerpos, reproduciendo la desigualdad entre los géneros y provocando que las mujeres no puedan tomar una decisión autónoma sobre sus propios cuerpos sin poner en riesgo su libertad, su salud e incluso su vida.

Trabajo Social en este contexto

A modo de cierre quisiera aclarar que este artículo no es ningún debate cerrado sino una invitación a cuestionar, poner en duda, problematizar, los imaginarios sociales establecidos (particularmente en torno a los géneros), a partir de un análisis fundado y una reflexividad crítica. Propongo entendernos, antes que nada, como sujetos/as sociales deseantes insertos e insertas en un contexto sociocultural específico (con imaginarios, afectos e ideales propios de la época), sobre los cuales basamos cualquier análisis de la realidad y por ende cualquier intervención que nos propongamos sobre ella. Ante esto, el estudio con perspectiva de género es una necesidad fundamental para la profesión, ya que de ello depende cómo se conciban a las y los sujetos con quienes trabajamos y el tipo de intervenciones que podamos llevar adelante.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, si bien poseemos legislaciones que podrían considerarse de avanzada, en muchas instituciones se reproducen prácticas retrógradas, teñidas de pretextos morales y religiosos que violentan el pleno cumplimiento de los derechos. Es por eso que propongo abonar a las discusiones sobre la temática para construir intervenciones que rompan los instituidos, promuevan la distribución de información certera y accesible y generen un acompañamiento de las situaciones particulares desde la base ética y política del respeto hacia las decisiones de las personas, velando por el cumplimiento de los derechos humanos en todos los espacios socio-ocupacionales donde nos insertemos. Problematicar las significaciones sociales en torno a los géneros, la sexualidad, los estereotipos de feminidad y de masculinidad y los roles establecidos, permite pensar intervenciones y políticas públicas que se corran del reproductivismo del sistema establecido y que vayan en pos de una mayor emancipación y autonomía de las personas.



Camila Garagarza - Ilustración

Bibliografía

- ACOSTA, María Teresa (2014) Políticas de maternidad durante el período peronista: quiebres y continuidades en las relaciones de género Trabajos y Comunicaciones. En: Revista 2da Época, n° 40.
- BANKIRER, Mónica Graciela (2010) La dinámica poblacional en tiempos de ajuste: mortalidad y fecundidad. En: TORRADO, Susana (2010) El costo social del ajuste (Argentina, 1976-2002). Edhasa, Buenos Aires.
- FEDERICCI, Silvia (2004) Calibán y la bruja; mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Autonomedia.
- FERNÁNDEZ, Ana María (1993) La mujer de la ilusión, pactos y contratos entre hombres y mujeres. Paidós, Buenos Aires.
- FERNÁNDEZ CAMACHO, Mariana (2013) ¿Quién pone el cuerpo? En: Diario Página 12, Suplemento las12; viernes, 20 de septiembre de 2013.
- GARCIA CANAL, María Inés (1997) El señor de las uvas. En: Cultura y género, Colección ensayos. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- TORRADO, Susana (2004) La herencia del ajuste. Capital intelectual, Buenos Aires.
- MAFFÍA, Diana (2006) "Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina?" en Susana Checa (comp.) Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Paidós, Buenos Aires.
- MOURATIAN, Pedro (dir.) (2012) Documentos temáticos INADI - Género y Discriminación. Buenos Aires
- Socorristas en red (2016) Sistematización de protocolos de acompañamiento 2015.
- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2015) Ministerio de Salud de la Nación.
- Ley 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
- Ley 25.929 Parto Respetado
- Ley 26.130 Anticoncepción quirúrgica
- Ley 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral